

**Liečebné náklady**

**Generali Poist'ovňa, a. s., odštepny závod Európska cestovná poist'ovňa •**

**Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava • IČO 35 709 332 •**

Tel.: +421 2 544 177 08 • Fax: +421 2 544 101 74 • [info@europska.sk](mailto:info@europska.sk) • [www.europska.sk](http://www.europska.sk)

Prosíme vyplňte starostlivo tento formulár čitateľným paličkovým písmom a pošlite ho na horeuvedenú adresu. Ďakujeme za Vašu ochotu!

**Číslo poistnej zmluvy:**

**Číslo škodovej udalosti:**

(vyplní Európska CP)

Prosíme vhodné zaškrtnúť!

<b>1. Meno poisteného</b>	Dátum narodenia
Ulica, číslo domu	
PSC/mesto	
Tel. (s predvoľbou) súkromný	Povolanie
Tel. (s predvoľbou) do firmy:	
E-mail:	
Cestovali ste sám/sama? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Začiatok cesty: .....
Destinácia: ..... Koniec cesty: .....	
<b>2. Prečo vznikli náklady?</b>	
Pobyt v nemocnici <input type="checkbox"/> preprava domov <input type="checkbox"/> záchrana <input type="checkbox"/> kým? .....	
Ambulantné ošetrovanie <input type="checkbox"/> invalidita <input type="checkbox"/> iný dôvod: .....	
Výška vzniknutých nákladov:..... mena:.....	
<b>3. Popis situácie:</b>	
Kedy a kde udalosť vznikla? Dátum:..... mesto ..... štát.....	
Existujú svedkovia? Meno:..... adresa: .....	
Bola udalosť zaprotokolovaná? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	
Kto udalosť zaprotokoloval? .....	
<b>4. Diagnóza:</b>	
<b>5. Trvá ešte liečba?</b> <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	
Kto Vás lieči? Meno a adresa lekára, príp. nemocnice:	

**6. V ktorej zdravotnej poisťovni máte zdravotné poistenie?**

.....  
Zdravotná poisťovňa kraj/obvod: .....  
Iná poisťovňa: .....  
Číslo Vašej zdravotnej poisťky: .....

**7. Vlastníte:** ak áno: meno spoločnosti:

Nemocenské poistenie 

ÁNO	NIE
-----	-----

 číslo PZ:.....

Úrazové poistenie 

ÁNO	NIE
-----	-----

 číslo PZ:.....

Iné cest.poistenie 

ÁNO	NIE
-----	-----

 číslo PZ:.....

Kreditnú kartu 

ÁNO	NIE
-----	-----

 akú ? 

VISA   MASTERCARD   DINERS   AMERICAN EXPRESS
---

Číslo kreditnej karty: .....

**8. Žiadali ste už od poisťovni uvedenej v bode 7. náhradu škody?**

Ak áno, od akej?..... Boli Vaš požiadavky uznané? 

ÁNO	NIE
-----	-----

**9. Prílohy:**

**10. Poistné plnenie má byť poukázané na nasledovný účet:**

Číslo účtu: ..... kód banky .....

Banka: ..... účet znie na: .....

IBAN\* .....

BIC Code\* .....

*\* iba pri poukázaní do zahraničia*

.....  
mesto, dátum

.....  
podpis